1897
Lane Medical Library

Das primäre Carcinom der Vagina

(im Anschluss
an 5 Fälle aus der Frauenklinik zu Halle).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugeich mit den Thesen

Mittwoch, den 3. März 1897, Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hermann Rohde
aus **Breuna** (Hessen-Nassau).

Referent: Herr Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:
Herr Dr. med. **Müller.**
Herr cand. med. **Sessous.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1897.

Imprimatur

Prof. Dr. **v. Bramann**

h. t. Decanus.

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0008

Ein Ort, wo relativ selten ein primäres Carcinom entsteht, während gerade in seiner nächsten Nachbarschaft, dem Uterus, ein so häufiger Lieblingssitz für diese Neubildung ist, ist die Vagina.

Es wurden nach Gurlt's Statistik in den Jahren 1855 bis 1878 in den drei grossen Krankenhäusern Wiens 7479 Carcinome bei Frauen beobachtet. Auf den Uterus kamen 3349 = 46,1 %, auf die Vagina nur 114 = 1,5 %. In der A. Martin'schen Klinik wurde das primäre Scheidencarcinom in nur 0,08 pro Mille von allen Krankheitsfällen beobachtet. Schwarze sah es in den Fällen der Berliner Gynäkologischen Klinik in 0,24 % aller Fälle auftreten. Unter den 5341 Patientinnen, die 1892 und 93 in den Wiener Krankenanstalten behandelt wurden, fanden sich 0,22 % Vaginal-Carcinome, in den Prager Gynäkologischen Kliniken weist die Statistik von 1875–91 0,42 % von Fällen primären Scheidenkrebses auf. J. Hofmeier fand von 1865—1880 im Elisabethenkrankenhaus zu Berlin unter 10000 Patientinnen 11 mit primären Scheidenkrebs, also in 0,11 % aller Fälle. Unter 18000 Patientinnen der Universitäts-Frauen-Klinik in Halle waren 11 Fälle als primäre Scheidencarcinome sicher diagnosticierbar, mithin 0,06 %. Allerdings dürfte diese Zahl etwas zu niedrig sein, da sich sicher unter den Fällen, die sich als vorgeschrittenes Portiocarcinom repräsentierten, sicher welche befanden, die als Scheidencarcinom begonnen haben mochten. Diese Zahlen dürften wohl

genügen, um das seltene Vorkommen einer carcinomateusen Neubildung auf der Vaginalschleimhaut zu beweisen.

Von mehr oder weniger auch klinisch genau beschriebenen Fälle hat Hecht bis 1891 76 Fälle zusammengestellt. Weiter veröffentlichte Schwarz aus der Olshausen'schen Klinik 16 Fälle, Linke aus Jena 7 Fälle, darunter 2 Vaginalcarcinome bei Prolaps der Vagina und noch fernere 7 Fällen aus der bis dahin erschienenen Litteratur. Es kommen hinzu 2 Fälle von Lauenstein, 3 von Olshausen, 1 von Fenzer in Chicago, über den nur kurz im Centralblatt über Gynäkologie referiert wurde, 2 von Thorn, 2 von Friedl aus Klagenfurt, Torggler'sche Klinik, 7 von F. Bernard (Thèse de Paris 1895), je 1 Fall von Rohrbach und Lange, Inaugural-Dissertation aus Greifswald und Kiel. Im ganzen also 125 Fälle. Hinzu kommen die am Schluss der Arbeit veröffentlichten 5 Fälle aus der Universitäts-Frauen-Klinik zu Halle. Unter jenen 125 Fällen fand ich 6 Fälle noch nicht statistisch berücksichtigt, sodass ich sie mit den 5 Hallenser Fällen statistisch zusammenstellen kann.

Beschäftigen wir uns zunächst mit der Ätiologie des primären Vaginalkrebses, so werden wir uns bei der Rolle, die das Lebensalter unbestritten bei allen Krebserkrankungen spielt, zunächst mit diesem zu beschäftigen haben.

Nach Linke's Statistik, die sich auf 106 Fälle erstreckt, ist das 3. und 5. Jahrzehnt das am häufigsten vom Krebs befallene, während im vierten nur die Hälfte von den Erkrankungen vorkamen wie in den beiden vorigen. Im ganzen also ist es die Zeit vom 30.—60. Lebensjahre, eine Beobachtung, die sich ja mit den Erfahrungen, die man im allgemeinen über das Prädilektionsalter zu Krebserkrankungen gemacht hat, deckt. Bei den 21 noch übrigen Fällen, bei denen das Alter angegeben war, gestaltet sich das Befallensein des 4. Jahrzehnts etwas häufiger als in der Lincke'schen Statistik. Beide Statistiken zusammengestellt ergeben folgendes Resultat:

Alter	Linke's Fälle	Uebrige Fälle	Summa
11—20	2	—	2
21—30	10	1	11
31—40	35	2	37
41—50	18	9	27
51—60	32	4	36
61—70	7	3	10
71—80	2	2	4
Summa	106	21	127

Es würde hiernach das 5. Jahrzehnt als das am meisten für die Erkrankung prädisponierte dastehen, da man erwägen muss, dass im allgemeinen die Zahl der Frauen, die überhaupt dieses Alter erreichen, viel kleiner ist, als die, welche das 3. Jahrzehnt erreichen. Als Kuriosa möchte ich noch die Angaben erwähnen, die ich in Winkel's Lehrbuch fand. Danach beobachtete Smith schon bei einem 14 monatlichen Mädchen Krebs der Rektovaginalwand, Guérsand sah bei einem $3^1/_2$ jährigen Kinde ein Carcinom, das vom Introitus vaginae ausging. Breisky[1]) berichtet von einem Carcinom der hinteren Scheidenwand bei einem 9 jährigen Mädchen, das sich in der pathologisch-anatomischen Sammlung in Strassburg befindet. Indess scheint der Beweis, dass es sich in diesen Fällen nicht um Sarkome handelt, nicht mit Sicherheit erbracht.

Als weiteres ätiologisches Moment würde die erbliche Belastung der Familie mit Krebsleiden in Frage kommen. Sie scheint geradezu beim primären Scheidencarcinom ohne jegliche Bedeutung zu sein, da unter den 130 Fällen sich nicht mehr als 2 befinden, wo eine derartige Belastung nachzuweisen war, nämlich in je einem Fall von Küstner und von Bernard, sodass sie hier mehr die Rolle eines zufälligen Zusammentreffens als eines ursächlichen Momentes spielt.

1) Billroth und Lücke, Handb. der Frauenkrankheiten. Bd. III.

Häufige Schwangerschaft als Grund der krebsigen Neubildung der Scheide ist von allen Autoren lebhaft erörtert worden, umsomehr, als man einen unzweifelhaften Einfluss des häufigen Gebärens auf den Uteruskrebs festgestellt zu haben glaubt. Unter den 22 Fällen, die Küstner veröffentlichen konnte, waren 6 Erkrankungen von Nulliparen, eine Zahl, die noch mehr Gewicht erhielt als er überhaupt nur die Geburtszahl bei 13 seiner Fälle ermitteln konnte und hiervon 1 Frau nur einmal abortiert hatte. Die Folge war, dass Küstner jeden Einfluss von wiederholten Geburten auf die Entstehung des Scheidencarcinoms in Abrede stellte, eine Ansicht, der sich später auch Bruckner, Schwarz, Hecht und Linke anschlossen. Zu diesen 6 Küstner'schen Nulliparen sind seitdem 4 weitere hinzugekommen, 3 durch die Arbeit von Hecht, 1 von Stiehler[1]). Einen Fall von Schwarz, wo auf dem Kopf der Krankengeschichte „Fräulein" stand, habe ich, da eine ausdrückliche Angabe fehlte, nicht mitgerechnet. Bei den Frauen, die geboren hatten, kamen nach Küstner auf die Frau 3,3 Kinder, nach Zigold 4,2 Kinder, nach Hecht 4,0 Kinder, nach Schwarz 4,0 Kinder, nach Linke 4,1 Kinder, nach Bérnard 4.4 Kinder. Da Bérnard die Arbeiten ausser der Linke'schen bereits statistisch in dieser Beziehung verwertet hat, so kommen nur noch diese beiden letzten Angaben in Betracht. Unter den 11 weiteren Fällen, die mir zur Verfügung standen, fand sich eine Nullipara und 10 Multipare mit zusammen 47 Geburten, also pro Frau 4,7 Geburten, eine Zahl die der Geburtszahl bei Uteruscarcinomen (nach Hofmeier und Gusserow 5,02 resp. 5,1) näher steht als der Durchschnittsfertilität in Deutschland (3,9 Kinder auf die Frau). Die häufige Schwangerschaft deshalb aber als ein prädisponierendes Moment für das primäre Scheidencarcinom anzusehen, halte ich trotzdem für unstatthaft, hauptsächlich weil die Statistik zu klein ist, um aus ihr einen derartigen

[1]) Dissertat. Lipsiae 1861.

Schluss ziehen zu können, und überhaupt das Scheidencarcinom zu selten vorkommt im Verhältnis zur Zahl der Geburten.

Im Hinblick auf die Erfahrungsthatsache, dass an Stellen, auf welche chronische Reize einwirken, sich mit Vorliebe Krebse entwickeln — man denke nur an den Lippenkrebs der Raucher, den Paraffinkrebs der Paraffinarbeiter, den Skrotalkrebs der Schornsteinfeger — muss es sonderbar erscheinen, dass so wenig Fälle von Carcinom bei prolabierter Vagina beobachtet sind. Man bedenke noch obendrein, mit welcher Indolenz oft die Frauen Jahrzehnte lang mit den Prolapsen sich tragen, und wie dieselben durch Berührung mit den Schenkeln, Stauungen und anderen Ursachen in einen chronisch entzündlichen Zustand geraten und ulcerieren. Trotzdem sind in der Litteratur nicht mehr als 5 Fälle bekannt geworden, wo sich ein primäres Scheidencarcinom auf dem Prolaps entwickelt hat. Je 2 sind von Lincke in Jena und Pchelin[1]) in Petersburg beschrieben worden, einen hat Zizold veröffentlicht. Einen Fall, wo die hintere Scheidewand prolabiert ist und ein gutartiges Ulkus trägt, während auf der vorderen Wand das Carcinom sitzt, sehen wir in dem mitgeteilten Fall III, der deutlich zeigt, wie wenig Disposition für das Carcinom bei prolabierter Vagina vorhanden ist.

Ein anderes Moment, das nach heutiger Anschauung das Entstehen eines Krebses in der Vagina begünstigen könnte, wären die Pessare. Aber auch diese sind nur in verhältnismässig wenig Fällen als Ursache anzusprechen. Einen Fall, wo durch Druck eines Pessars eine gutartige Erosion an der Portio und hinteren Scheidenwand carcinomatös entartet ist, beschreibt A. Meyer. Von Klob

---

1) Die ausführliche Krankengeschichte dieser beiden habe ich, da sie mir sonst nicht zugänglich war, aus Bernard Thèse de Paris 1895 entnommen.

wird Morgagni citiert, der an der Druckstelle eines Holzpessars Carcinomknoten sich entwickeln sah. Hegar, Kaltenbach, Winkel, Schmidt[1]), Schwarz sahen nach dem Tragen der verschiedensten Pessare an den Druckstellen Cancroide entstehen. Einen neuen Beitrag zu dieser Entstehungsweise liefert der unten mitgeteilte Fall 4, von dem allerdings ein direktes Entstehen des Carcinoms aus einer Druckstelle nicht nachgewiesen werden konnte.

Dafür, dass Reizungen der Scheide durch häufigen Coitus, Masturbation oder Einführung von Mutterrohren etwa Prädisposition für Carcinomentwickelung gäben oder bei solchen häufig beobachtet wäre, habe ich nirgends einen Anhalt finden können.

Eine Frage drängt sich aber noch auf: Warum ist, da doch alle diese Einwirkungen auf die Vagina, die wir im Vorhergehenden nach unserem heutigen Standpunkt betreffs der Ätiologie des Krebses als ursächliche Momente heranziehen zu dürfen glaubten, so überaus häufig sind — man denke wie oft Frauen mit Pessaren misshandelt werden, wieviel vernachlässigte Prolapse es giebt, — die Scheide so selten der Sitz eines primären Krebses? Ich glaube, dass sich diese Thatsache am einfachsten erklärt durch den der äusseren Haut ähnlichen Bau der Scheidenschleimhaut, dem völligen Mangel an Drüsen und dem regen Epithelverbrauch, von dem ja schon Küstner annimmt, dass er ein häufigeres Vorkommen der Carcinome auf Prolapsen verhüte. Die Cancroide der äusseren Haut zeichnen sich ja auch durch eine relative Seltenheit und Gutartigkeit aus, was letzteres allerdings in keiner Weise vom Scheidenkrebs gilt.

In pathologisch-anatomischer Beziehung theilen wir den Scheidenkrebs, wie altergebracht, in 2 Hauptformen ein

1. das papilläre Cancroid,
2. die flächenförmige Infiltration.

---

1) Gesellschaft für Geburtshilfe u. Gyn. in Köln.

Das erstere ist das häufigere und hat in der Mehrzahl der Fälle seinen Sitz an der hinteren Scheidenwand, geht aber auch von seitlicher und vorderer Scheidenwand aus. Die 2. Art erscheint nach Breisky[1]) öfter als ringförmige starre Infiltration des ganzen Scheidenrohres, so dass, wie bei Roulston, selbst die Einführung des Fingers mit Schwierigkeiten verknüpft ist.

Die Häufigkeit, in der die beiden Formen vorkommen, sowie die Verteilung des papilären Cancroids auf die Scheidenwände zeigt folgende Statistik, in der unter „Linke's Fälle" alle bis dahin bekannten und von Linke zusammengestellten Fälle zu verstehen sind, während die „neuen Fälle" die sind, welche Bernard, Lauenstein, Friedel, Thorn, Olshausen, Lange, Rohrbach, veröffentlicht haben. Hierzu kommen die 5 Fälle der Hallenser Klinik

Sitz des Carcinomen	Linke's Fälle	Neue Fälle	Summa
Hintere Wand	58	13	71
Vordere Wand	21	2	23
Seitlich	7	6	13
Ringförmig	15	1	16
	101	22	123

Es ist also die hintere Wand unstreitig der Prädilectionssitz für den primären Scheidenkrebs im Gegensatz zu dem secundären von der Portio durch Contact oder Übergreifen weiter geleiteten, der mit Vorliebe die vordere Scheidenwand befällt[2]). Von Preuschen[3]) hat diese Thatsache dadurch zu erklären gesucht, dass die hintere Wand mechanischen Insulten mehr ausgesetzt sei wie die vordere

1) Breisky, die Krankheiten der Vagina. Handbuch von Billroth u. Lücke.

2) Küstner.

3) Realencyklopädie von Eulenburg.

durch Einführung des Mutterrohres, scheuern einer hypertrophischen Portio und endlich durch Einwirkung von Sekreten.

Zu erwähnen ist noch multiples Auftreten von Cancroidknoten meist an der rechten und linken seitlichen Wand, während zwischen ihnen vorne und hinten gesundes Gewebe liegt, wie in den Fällen von Lange und Bruckner und dem unten mitgeteilten Fall 5.

In Betreff der Höhe des Sitzes scheint der Vaginalkrebs keine besondere Vorliebe zu haben, da man ihn fast ebenso oft im unteren Dritteln der Vagina, vorn wie hinten, wie in den oberen 2 Drittel der Vagina trifft. Besonderes Interesse hat noch der bei Bernard mitgeteilte Fall von Bodwin, der einen stark blutenden Tumor von cavernösem Bau exstirpierte, der sich bei der Untersuchung als Carcinom auswies.

Bei der Ausbreitung des Carcinoms werden vor allem Blase und Mastdarm in Mitleidenschaft gezogen. Sei es nun, dass sie durch die sich vergrösserte Geschwulst comprimiert werden, sei es, dass das vorher infiltrierte Gewebe dieser Organe ulceriert und so Blasenscheidenfisteln oder Scheiden-Mastdarmfisteln entstehen. Die erstere Art des Einwirkens wird durch Fall II von Freund repräsentiert: Scheidenmastdarmfisteln sah Lauenstein und Crüvelhier, der auch eine Blasenscheidenfistel beschrieb. Einen Fall von Ergriffenwerden von Urethra resp. der Blase und Ureteren teilt Hermann[1]) mit, wo die sämtlichen Harnwege vom Carcinom ergriffen waren. Punktion der Blase entleerte nur wenig Urin. Bei der Autopsie fand sich Urethra und Blase, in der nur wenig Inhalt war, krebsig infiltriert, beide Ureteren ergriffen. An den Nieren zeigte sich eine Hydronephrose. Zwei gleiche Fälle von Hydronephrose teilt Hecht mit und auch Pchelin sah einen derartigen Fall. Harnverhaltung durch Hinein-

1) Lancet 1886 und Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1886 vol. II.

wuchern des Carcinoms in die Blase während längerer Zeit und daran anschliessend Cystitis teilt E. Bauer[1]) mit, der Tod erfolgte durch Urämie. Bei Bernard, Fall 34 findet sich noch eine interessante Mitteilung, dass sich nach einer Fisteloperation, die im Anschluss an die Resektion der vorderen Vaginalwand nötig wurde, in der Blase ein beweglicher carcinomatöser Tumor bildete, dessen Existenz zuerst daraus bemerkt wurde, dass beim Urinieren plötzlich der Strahl abbrach.

Ein stärkeres Ergriffensein des Cervix hat man bei Vaginal-Carcinomen aus dem Grunde nicht beobachten können, weil in diesem Falle ja stets Zweifel entstehen mussten, ob man es überhaupt mit einem primären Scheidenkrebs zu thun habe, wenn man nicht etwa die Entwickelung von der Scheidenschleimhaut hätte verfolgen können. Davon abgesehen ist es auch merkwürdig, wie oft beim Ergriffensein der ganzen Vagina, des Beckenbindegewebes, der Blase und Ureteren, wie in dem Fall bei Hermann, sich ein gesunder Uterus findet. Beispiele, dass das Carcinomen sich auf die vulva erstreckt, zeigt Linke zweimal, ferner sahen diese Ausbreitungsweise Schwarz, Miles F. Porter[2]) und Bellamy.

Bald werden auch die regionären Lymphknoten befallen und zwar je nach dem Sitz in den oberen 2 Dritteln oder unterem Drittel der Scheide, bald die Beckenknoten bald die Inguinalknoten[3]). In dieser Ansicht sprechen sich auch Hecht und Linke aus, ein neuer Beweis ist Fall V der Hallenser Klinik. — Bruckner erwähnt bei seinem 2. Fall, dass der Tod durch retroperitonealen Lymphknoten-Abscess erfolgt sei. Ulcerationen der carcinomatösen Inguinaldrüsen finden wir bei Hermann, ebenso in Fall II, IV, V, von Bernard. Compression und

1) Central-Blatt für Gyn. Band I.
2) Central-Blatt für Gyn 1888.
3) Hirsch, Ing.-Dissertat. Halle 1883.

Thrombose von Gefässen durch carcinomatös entwickelte Lymphknoten wurden gleichfalls beobachtet. So in einem Fall von Hecht, wo Ödem des rechten Fusses durch Thrombose der vena iliaca konstatiert wurde. Gleichzeitig hatten hier die carcinomatösen Drüsen den Ureter rechts komprimiert und dadurch rechtsseitige Hydronephrose veranlasst. Bei Bernard finden wir einen Fall von Cruveilhier, wo die arteria iliaca interna von den carcinomatösen Wucherungen vollständig komprimiert und ergriffen war, so dass Cruveilhier selbst den enormen Zerfall der Beckenorgane, an deren Stelle sich eine einzige grosse Kloake befand, der hier durch entstandenen Gangrän zuschreibt. Einen gleichen Fall von Ödem des linken Beins und Kompression der vena iliaca beschreibt auch Bellamy.

Metastasen in anderen Organen sind nicht häufig. Köhler[1]), Hermann und Hecht fanden Lebermetastasen. Nach Bernard fanden sich in einem Fall von Boissier Metastasen in Pleura, Pericard, Lunge, Nieren, Leber, im Sternum und den Rippen. Von allgemeiner Carcinose sind nur 2 Fälle bekannt, über die Brückner und Küstner berichtet haben.

Geringe oder gar keine Symptome macht das Anfangsstadium des Krebses. Und auch in fortgeschrittneren Stadien sind dieselben oft so gering und begegnen einer derartigen Indolenz bei den Frauen, dass sie erst zum Arzt kommen, nachdem $^3/_4$ Jahr lang Koth durch die Scheide abgegangen ist, wie es Lauenstein erlebte. Im allgemeinen sind es ausstrahlende Schmerzen im Kreuz, die entweder plötzlich nach einer den Frauen noch erinnerlichen Ursache auftraten, oder sich allmählich heftiger bemerkbar machten. In einzelnen Fällen vermisst man die Schmerzen, der Blutabgang dagegen ist ein Symptom, das nie fehlt. Die Blutungen sind ebenfalls oft plötzlich aufgetreten und in grösserer Menge, in anderen Fällen wieder

1) Köhler, Krebs und Scheinkrebs. Stuttgart 1853.

weniger profus, aber fast gar nicht wieder aufhörend. Eine sehr starke arterielle Blutung als erstes Symptom trat in dem Fall von Bodwin auf. Eine Veranlassung zu den Blutungen giebt oft der Coitus oder der Stuhlgang. Ein blutig seröses Sekret in so grossen Mengen, dass sie glaubte, das Fruchtwasser fliesse ab, wurde nach Bailly von einer Schwangeren mit Scheidencarcinom abgesondert. Bei weiter fortschreitender Ulceration wird dann das Sekret eitriger, grüngelblich mit Blut untermischt, oft äusserst fötide. Gewebsfetzen sind oft beigemischt. In demselben Falle von Bailly verlor die Kranke ihre Stelle als Näherin in einem Geschäft, weil die anderen Arbeiterinnen es des Geruchs wegen in ihrer Nähe nicht aushalten konnten. Sehr häufig begegnet man ferner Mastdarmstörungen, meist als Obstipationen, aber auch Druckgefühl im Rectum wird angegeben. Bei den Krebsen der vorderen Scheidenwand sind Urinbeschwerden häufig, wie Brennen und Schmerz beim Urinieren oder auch retentio urinae. Dass bei Complicationen noch andere Symptome vorkommen können, wie Koth- oder Urinabgang durch die Scheide, bei Recto- resp. Vesico-Vaginalfisteln, Ödeme der Beine, bei Compression der vena iliaca, oder urämische Erscheinungen bei Compression der Ureteren ist wohl leicht erklärlich.

Der Allgemeinzustand der Frauen kann oft noch lange gut bleiben, wie auch 3 von den 5 Hallenser Fällen zeigen, schliesslich wird er aber doch unter den Schädigungen, die das Carcinom dem Körper zufügt, leiden. Die häufigen Blutungen erzeugen eine Anämie, die die Resistenz der Gewebe gegen sonst vielleicht gut ertragene, Schädlichkeiten herabsetzt. Schmerzen und Schlaflosigkeit verbunden mit dem stinkenden Ausfluss, der die Umgebung der Kranken verpestet, ferner Fisteln thun das ihre, um die Patientin in einen Zustand psychischer Depression und körperlicher Ermattungen zu bringen.

Der Verlauf des Scheidenkrebses scheint im allgemeinen ein langsamer zu sein. Eine Zeitdauer allerdings sicher anzugeben, liegt ausser dem Bereich der Möglichkeit, da die ersten Symptomen des Carcinoms immer erst auftreten, wenn dasselbe schon eine gewisse Ausdehnung erreicht hat und entweder ulceriert, oder die Funktion der Scheide oder benachbarter Organe zu stören anfängt. Von ihrem Entstehen an wurden allerdings 2 Fälle beobachtet, von A. Meyer, wie schon erwähnt, und Grammaticati[1]) während der Behandlung einer acuten Peritonitis. Sie geben uns natürlich keinen Anhalt über die Zeitdauer, da sie frühzeitig total exstirpiert wurden. Den schnellsten Verlauf dürften wohl die Fälle von Bodwin und Godell haben, wo der Tod schon 6 Wochen nach der ersten Blutung eintrat. An Recidiv starb nach der Statistik von Schwarz eine Frau bereits nach 4 Monaten, während eine andere Patientin erst nach 2 Jahren 11 Monaten zu Grunde ging. Die Mehrzahl der an Recidiv Gestorbenen gingen nach Schwarz 12 bis 18 Monate nach der Radical-Operation zu Grunde. Im Fall I von Lauenstein wurde bei der 1. Operation die erkrankte Partie der Scheide, sowie die hintere Muttermundslippe entfernt. Nach ca. 4 Jahren trat ein Recidiv auf, sodass sich Lauenstein gezwungen sah, die vaginale Totalexstierpation zu machen. Die Patientin blieb darauf recidiv frei. In neun von Hecht gesammelten Fällen schwankte die Gesamtdauer des Leidens von den ersten Symptomen an gerechnet, zwischen 13 Wochen und 3 Jahren. Zizold führt 5 nur palliativ behandelte Fälle an, in denen der Exitus $6^1/_2$- 12 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome erfolgte. Der Tod tritt in der Regel, wie bei den meisten am Krebs Leidenden, durch Kachexie ein. Die oben erwähnten den allgemeinen Zustand schädigenden Blutungen, Schmerzen und psychischen Einflüsse, die Eiterungen und stete Resorption von jauchischen Stoffen, führen einen hochgradigen

1) Central-Blatt für Gyn. 1885.

Kräfteverfall herbei, der die Kranken nach kürzerer oder längerer Zeit meist durch Herzschwäche und Lungenödem zu Grunde gehen lässt. Tot an allgemeiner Carcinose wurde in 2 Fällen beobachtet von Hegar und Bruckner. Bei ersterem trat der Tod wenige Wochen nach der Operation ein, Bruckner hatte das Carcinom nach einer mit der Zange beendigten Geburt exstirpiert; nach einem Jahr erfolgte der Tod an diffuser Carcinose der Bauchorgane. Akute Peritonitis komplicierte das Scheidencarcinom 4 mal. Besonders erwähnenswert ist hier der Fall von Scanzoni, wo mit dem Mutterrohr eine Perforation des carcinomatös entarteten Scheidengewölbes gemacht wurde. Die übrigen Fälle wurden von Teuffel[1]), Hirsch und Hecht[2]) beschrieben. Tot durch Sepsis trat nach Entbindung Schwangerer mit Scheidencarcinom ein. So starb eine Patienten Welponers, die bei der Entbindung mit der Zange einen Riss der degenerierten Rectovaginalwand bekommen hatte. Küstner und Olshausen verloren zwei andere Kranke nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Septicopyämie. Durch einen vereiterten Lymphknotenabscess der Inguinalgegend, der nach der Auslöffelung des Carcinoms entstanden war, ging im Fall II bei Bernard die Pyämie aus, an welcher die Kranke starb.

Eine andere nicht allzuhäufige Komplikation des Scheidenkrebses bildet die Schwangerschaft. Spontane Geburten wurden dabei nur 2 mal beobachtet. So in dem Fall von Schelle[1]), wo trotz vorgeschrittener carcinomatöser Degeneration von Scheide, Damm und Labien doch das Kind von selbst kam, in dem anderen Fall von Bailly wurde der Tumor, der der hinteren Scheidewand aufsass und von Hühnereigrösse war, vor dem Kopf geboren und trat nach vollendeter Geburt zurück.

1) Scanzoni, Lehrbuch der Krankheiten dsr weiblichen Sexualorgane 1857, pg. 702.

2) Central-Blatt für Gyn. 1885.

3) ärztl. Intelligenz-Blatt von 1870.

Die künstliche Frühgeburt leiteten wie schon erwähnt, Küstner und Olshausen ein. Die Mütter gingen hierbei zu Grunde. Die Zange wurde in 3 Fällen angelegt. Einmal von Bruckner, wo das Carcinom anfangs für placenta praevia gehalten war. Das Kind wurde mit der Zange geholt. Die Patientin lebte noch ein Jahr, ebenso blieb das Kind am Leben. Nach Zizold gelang ferner die Entbindung mit der Zange Philipps[1]). Welponer hatte das Unglück bei der Zangenentbindung, wie schon erwähnt, einen Scheidenmastdarmriss zu bekommen. Perforiert wurde nach Güder[2]) 2 mal, ebenso findet sich in dieser Arbeit die Angabe, dass von Hime[3]) die Laparoelytrotomie gemacht sei. Die Patientin starb kurz nach der Operation. Der Kaiserschnitt wurde 4 mal ausgeführt. Leopold[4]) gelang es mittelst Porro Mutter und Kind am Leben zu erhalten. Ebenso berichtet Güder, dass John Cooke[5]) durcn die Sectio Cäsarea die Mutter retten konnte. Von Puchelt, Hall Davis und de Morgan[6]) berichtet er, dass in beiden Fällen die Frauen zu Grunde gingen. Das Kinde wurde bei Davis und Morgan gerettet. Die Prognose für die Mutter ist also bei dieser Komplikation des Scheidenkrebses eine äusserst ungünstige, denn unter den vorliegenden 12 Fällen ging 10 mal die Mutter zu Grunde, d. h. in 83 %. Kinder konnten 5 am Leben erhalten werden. Eine bestimmte Operationsmethode für die Geburten bei Scheidenkrebs zu empfehlen, ist nicht angängig, sondern der Arzt wird hier jedes mal handeln müssen, wie es die fast immer verschiedene Ausdehnung des Krebses verlangt.

1) Lancet March 1873.
2) Bericht aus Gnys Hospital No. 4 1837.
3) The Lancet 1878.
4) Archiv für Gyn. Band 28.
5) Australia med. Journ. 1885.
6) Lancet 1865.

Kleine Tumoren geben wohl knapp ein Geburtshindernis ab, grössere sollen nach Schröder[1]) während des Kreises exstirpiert werden. Ist letzteres nicht mehr angängig und die Scheide so infiltriert und verengt, dass das Kind nicht durchtreten kann, so ist der Kaiserschnitt angezeigt. Dass die Kreisende unentbunden zu Grunde geht, wie bei Roulston[2]), ist wohl nur dann zu entschuldigen, wenn der Arzt erst zu Hülfe kommt, während die Schwangere in extremis ist und das Kind sicher abgestorben.

Die schlechte Prognose der Geburten liegt wohl einerseits an der durch den Krebs bereits bewirkten Entkräftung der Frau, ferner auch in der Infektionsgefahr vom Carcinomatöhen Jaucheheerd aus. Das Leben des Kindes ist deshalb in erster Linie zu berücksichtigen, weil das Leben der Mutter bei der wie wir sehen werden, so schlechten Prognose dieses Krebses nur noch ohnehin auf kurze Zeit bemessen ist. Und diese schon im allgemeinen so ungünstge Prognose für die Mutter wird in einem Falle, wo ein inoperabeler Krebs ein Geburtshindernis abgiebt, die denkbar schlechteste sein.

Die Diagnose des primären Scheidencarcinoms ist leicht, so lange es sich nur auf eine circumskripte Parthie der Scheidenschleimhaut erstreckt. Geht es aber auf den Cervix über, so ist oft die Entscheidung sehr schwer, ob es sich nicht in diesem Falle um ein primäres Cervixcarcinom handelt. Schon Küstner macht darauf aufmerksam, dass man sich nicht verleiten lassen dürfe in diesem Fall das die grösseren Fortschritte in der Entwicklung zeigende Carcinom für das primäre zu halten, da das Scheidencarcinom in Folge der histologischen Struktur der Scheide in kürzerer Zeit unzweifelhaft bedeutend grössere Fortschritte machen kann als das Cervixcarcinom in dem derben Uterusgewebe. Es ist also wohl stets ein Fall, wo die Portio stärker mit ergriffen ist bei der Diagnose des primären

1) Lehrbuch der Geburtshilfe, 7. Aufl. pg. 500.
2) Schmidt's Jahrbücher, Band 93.

Scheidencarcinoms auszuschliessen, ist dagegen die Portio an circumscriptum kleinen Stellen ergriffen, ist der äussere Muttermund noch frei, so kann man wohl meist noch die Diagnose auf primären Scheidenkrebs stellen. Einen Anhaltspunkt könnte auch noch der Umstand geben, dass sich der primäre Scheidenkrebs öfter auf der hinteren Wand, der sekundäre öfter auf der vorderen lokalisiert. Eine weitere Schwierigkeit kann die Unterscheidung von Sarcom darbieten. Diese kommen aber einerseits noch seltener vor als die Carcinome und dann mit Vorliebe bei Kindern und jüngeren Personen, andererseits machen sie sehr bald sekundäre Metastasen in der Scheide und sollen die vordere Vaginalwand als Prädilektionssitz haben. Eine genaue Diagnohe kann man hier nur mit dem Mikroskop stellen, ebenso auch wenn etwa die Unterscheidung von einem verjauchten Myom in Betracht kommen sollte.

Ein Scheidengumma oder die von Winkel beobachtete vaginitis gummosa, die mit der diffusen Infiltration der Scheide durch Carcinom verwechselt werden könnte, ist sehr selten und würde durch Jodkalibehandlung in kurzer Zeit als luetischer Prozess offenbar werden. Einen derartigen Fall scheint einmal Péan vermutet zu haben, der eine Patientin vor der Operation erst antiluetisch behandelte. Ebenso könnten gelegentlich Papillome zur Verwechselung mit Krebs Veranlassung geben, besonders bei längerem Bestehen und unreinlichen Frauen. Das Fehlen einer Gonorrhoe würde kein Beweis für das Vorhandensein eines Krebses sein, da ich Papillome entstehen sah in Fällen, wo jede gonorrhoische Infektion ausgeschlossen war. Ferner werden jene papillomatösen Wucherungen zur Verwechselung mit Carcinomen Anlass geben, die nach langem Tragen eines Pessars oder durch zu starken Druck desselben entstehen. Sie zeichnen sich durch ihre Gestalt, besonders aber durch ihre Härte aus, da sie fibrösen Bindgewebe ähnlich dem Keloid bestehen. Auch ihr Sitz an der rechten oder linken Seite ent-

sprechend dem aufsteigenden Sitzbeinast ist charakteristisch, während das Carcinom die hintere Scheidenwand bevorzugt. Entscheidend kann in schwierigen Fällen schliesslich auch hier nur das Mikroskop sein.

In der Therapie kommt die causale und symptomatische Behandlung des Carcinoms in Betracht. Eine causale Therapie eines Carcinoms ist vorläufig nur auf chirurgischem Wege möglich, und so hat man denn auch mit allen möglichen Instrumenten, dem Thermocauter, der sehr oft angewandt ist, der Glühschlinge (Grünwald) dem Ecräseur (nach Bernard in Frankreich öfter benutzt) und dem Messer versucht, der Neubildung Herr zu werden. In der jetzigen aseptischen Zeit ist das Messer wohl das einzige Instrument, das beim Setzen einer Wunde, die per primam heilen soll, in Frage kommt. Vorbedingungen für diese Operation sind wie für alle Krebsoperationen, dass durch die Untersuchungen festgestellt ist, ob man hinreichend im Gesunden operieren kann und die Lymphbahnen und Knoten noch nicht mit afficiert sind. Der Allgemeinzustand und Wunsch der Kranken sowie die socialen Verhältnisse derselben sind mit zu berücksichtigen. Ebenso ob man nicht durch die Operation im Gesunden derartige Defecte schafft, dass die Kranke unoperiert ein erträglicheres Dasein führen würde. Die hauptsächlichsten Gegenindikationen gegen die Operationen des Scheidenkrebses würden danach das Befallensein der inguinalen und iliakalen Lymphknoten sein, diffuse Infiltration der Parametrien des Beckenbindegewebes der Douglasfalten und Ergriffensein der Beckenknochen. Blase und Mastdarm sollen nach Hegar und Kaltenbach sowie auch nach Lisfranc nicht geschont werden.

Die erste Operationsmethode für den Scheidenkrebs gab Schröder an. Sie bestand in Umschneidung des erkrankten Gewebes möglichst weit im Gesunden von der Vagina aus und Ablösung des erkrankten Gewebstückes von seiner Unterlage in der Richtung von unten nach oben

Daran schloss sich im gegebenen Falle die infravaginale Amputation des Collum. Erkranktes Gewebe in der Tiefe wurde mitgenommen. Diese Methode wird selbst beim Sitz des Carcinoms in den unteren Partieen der Scheide ohne diagnosticierbares Ergriffensein des Collum resp. der Portio nicht immer ausreichend sein, um radikal zu operieren und ein Recidiv zu vermeiden wie Fall I von Lauenstein zeigt. Sitzt aber der Tumor höher, so treten dabei eine ganze Menge Missstände auf. Der lange enge Vaginalschlauch macht das Operationsfeld im höchsten Grade unübersichtlich und stellt an die Geschicklichkeit des Operateurs weitgehende Anforderungen, wenn eine Berührung des zu excidierenden Gewebstückes mit Fingern und Instrumenten vermieden werden und einem lokalen Recidiv vorgebeugt werden soll. Einer Infektion mit Carcinomjauche liesse sich ja durch vorheriges Auslöffeln und Cauterisieren des Carcinoms vorbeugen, so dass doch eine prima Intentic zu erreichen wäre. Die infravaginale Amputation der Portio hat dann noch den Nachteil, dass man nicht sicher weiss, ob die Absetzung weit genug im Gesunden erfolgte. Die von Grünewaldt ausgeführte Abtragung des Carcinoms mit der Glühschlinge, sowie die Operationen mit dem Thermokauter bedeuten principiell keine neue Operationsmethode, bis die neueste Zeit mit ihren grossen Fortschritten in der operativen Technik 3 neue Methoden brachte. Olshausen und gleichzeitig auch, wie Bernard berichtet, Pozzi wählten den schon früher für die Totalexstirpation des Uterus vorgeschlagenen aber wenig benutzten Weg vom Damm aus. Der Damm wurde quer gespalten, zwischen Rectum und Vagina eingegangen und nun von hinten her die erkrankte Partie abgelöst und bei Befallensein der Portio der Uterus von der Scheide aus total exstirpiert. Die Vorteile der Methode sind, dass man die erkrankte Partie exact umschneiden kann und mit dem kranken Gewebe nicht in Berührung kommt. Kurze Zeit darauf schlug Dührrsen für die Operation des Vaginalkrebses ebenfalls

eine neue Methode vor. Er machte, um das Operationsfeld übersichtlicher zu gestalten, eine tiefe Scheidendammincision bis hinter die Verbindungslinie der beiden Tuber ischii nach der gesunden Seite der Scheide hin. Excidierte dann die erkrankte Partie und machte die supravaginale Kollumamputation. Soll der Uterus mit exstirpiert werden, so geschieht dies erst nach der Kollumamputation, um Infectionen zu vermeiden. Ist das Carcinom auch auf die Seitenwände der Vagina übergegangen, so durchtrennt er das carcinomatöse Gewebe bei der Scheidendammincision bis in's Gesunde mit dem Paquelin. Als Vorteile seiner Methode rühmt er die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes, ohne dass er einen grösseren Hülfsschnitt braucht als Olshausen, und bei der Exstirpation des Uterus das Vermeiden der Infection, was bei der von Olshausen hinterher ausgeführten vaginalen Methode weniger sicher der Fall sei. Torggler kombinierte diese beiden Methoden von Dührrsen und Olshausen mit einander, indem er, als ihm der Olshausen'sche Perinealschnitt wegen der Enge der Scheide nicht genügte, noch eine Scheidendammincision nach Dührrsen machte. Dies Verfahren hatte auch schon Lauenstein empfohlen, der bereits vor ungefähr 7 Jahren einen medianen Dammschnitt als Hülfsschnitt machte, den auch Thomson[1]) bei Vaginalcarcinom benutzte. Die Fälle aus der Hallenser Klinik schliesslich wurden von Herrn Professor von Herff in der Weise operiert, dass gegebenen Falles nach einer Scheidendammincision (Fall II) die kranke Partie umschnitten wird und darauf die vaginale Totalexstirpation ausgeführt wird. Im Fall III, wo das Carcinom an der vorderen Scheidewand sass, wurde vorher der Uterus wie bei der Totalexstirpation herabgewälzt, die Peritoneallücke geschlossen und dann erst das Carcinom abgelöst. Die sacrale Methode, die von Fritsch[1]) empfohlen wurde und die ebenso wie die Methode von

1) Central-Blatt für Gyn. 1892. 22.

1) Klinik der Geburtshülfl. Operationen 1894.

Olshausen und Dührrsen auf dem Prädilectionssitz des Carcinoms auf der hinteren Wand berechnet ist, scheint bis jetzt wenig Anhänger gefunden zu haben. Sie wurde ebenfalls schon zur Totalexstirpation von Herzfeld[1]) und Hohnegg empfohlen und besteht in der Resektion des Steissbeines und partitiellen Resektion des Os sacrum. Neben dem Rektum gelangt man dann zu Uterus und Scheide. Die Heilung der Knochenwunde nimmt eine längere Zeit in Anspruch, da sich nekrotische Knochenpartieen noch zahlreich abstossen. Die Totalexstirpation des Uterus mit partieller Scheidenresection wurde auch bereits von Duvelius[2]) und Mackenrodt[3]) bei Carcinoma vaginae ausgeführt. Einen Anus praeternaturalis in den Bauchdecken und Resection des Septum rectovaginale, das gänzlich carcinomatös entartet war, machte Lauenstein als radikale Operation. — Von Komplikationen bei dieser Operation erlebte wohl Grünwaldt die unangenehmste, indem er mit der Glühschlinge einen Ast der Arteria hypogastrica schräg durchschnitt. Er hielt die Blutung anfangs für parenchymatös, es gelang aber nicht die Blutung zu stillen, nach einigen Minuten war die Kranke eine Leiche. Secretretention und Jauchung mit Tod an Sepsis erlebte Schröder, als er bei der Naht eine Höhle zwischen neugenähter Vaginalwand und Mastdarm hatte entstehen lassen. Eine starke, wenn auch nicht unstillbare Blutung bei Eröffnung des Cavum ischio rectale durch den Schnitt nach Dührrsen sah Torggler. Thorn musste im Parametrium den Ureter vom Carcinom ablösen. Im Fall III in der Hallenser Klinik war die rechte Uretermündung ergriffen. Die Blase und Ureter wurden hier partiell reseciert und durch Naht vereinigt. Im Fall II hatte Professor von Herff mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen, die durch Pelveoperitonische Verwachsungen

1) Centralblatt für Gyn.
2) Zeitschrift für Gb. u. Gyn. Band 10.
3) Centralblatt für Gyn. 1892.

ihm bereitet wurden. Blasenscheidenfisteln nach der Operation entstanden häufiger, so im vorgenannten Fall II und im Fall 34 bei Bernard. Eine Rectovaginalfistel bildete sich im Fall I von Bernard, sie schloss sich von selbst. Dasselbe passierte Lisfranc.

Eine symptomatische Therapie wird in allen Fällen anzuwenden sein, wo die Radikaloperation unmöglich ist. Der Allgemeinzustand ist in erster Linie zu berücksichtigen, da nur so lange als dieser einigermassen erträglich ist, für die Kranke das Leben etwas wünschenswertes ist. Eine kräftige, leicht verdauliche Kost, grösste Sauberkeit, ein helles geräumiges Krankenzimmer, Bewegung an frischer Luft, so lange es zu vermeiden ist, keine andauernde Bettruhe, wird wohl in vielen Fällen den Kranken ihr schweres Leiden erleichtern. Lässt der Appetit nach, so sind von Zeit zu Zeit Stomachika, die ja unter den Arzneipräparaten in hinreichender Menge zur Verfügung stehen, in der nötigen Abwechselung zu geben. Bäder werden die Hautthätigkeit anregen und oft auch, wenn sie etwas länger ausgedehnt werden, ein wertvolles Mittel zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit sein. Die Schmerzen wird man anfangs, ehe die Kranken zu sehr leiden, mit warmen Umschlägen, Sinapismen, Schröpfköpfen, Chloroformsalben, Antipyrin, welches Mittel häufiger als es geschieht, angewendet werden sollte, zu lindern suchen. Später wird man wohl meist nicht umhin können, zu Narcoticis seine Zuflucht zu nehmen. Mit Morphium sei man möglichst sparsam, besonders wenn man das Ende der Krankheit noch nicht absieht, um nicht durch Gewöhnung an dieses Mittel zum Schluss hilflos dazustehen. Cocain und Codein in Supositorien und Präparaten zum Einnehmen per os werden nur eine Zeit lang ebenso wie das Bromkali und Sulfonal genügen, um der Kranken Befreiung von ihren Schmerzen und Schlaf zu verschaffen. Opium ist wegen der schon bestehenden Neigung zur Obstipation nicht zu empfehlen, sondern der Stuhlgang ist zu befördern durch Bauchmassage, Klystiere,

Obst, Bitterwässer, Rheumpräparate. Der Urämie, die bei Befallensein der Uretern oder Cystitis auftreten kann, lässt sich durch Schwitzen und Ableitung auf den Darm mit Chalomel oder Drasticis vorbeugen. Lokal wird man nur eingreifen, wenn man durch stärkeren Zerfall und Jauchung mit übelriechenden Ausfluss und Blutung dazu gszwungen wird. Hier kommt vor allem die Auslöffelung der zerfallenen Massen in Betracht, wobei man sich vor Perforation des Douglas oder der Blase zu hüten hat, mit nachfolgender Ätzung, wozu wohl meist eine Chlorzinkpaste angewandt wird. Gegen den Fluor wendet man mit Vorteil Trockentampons an mit Bortannin, Jodoformtannin oder Jodoformkohle, Ausspülungen mit Kali hyp., Lysol, Kreolin, Tannin, Salol, Essig oder Chlorwasser, bleiben immer ein Notbehelf für den Fall, dass der Arzt nicht alle Tage die Tampons wechseln kann oder wenn bei weichen zerfallenden Massen die Sekretion von Anfang an zu stark ist[1]). Dührrsen hat auch in einem Falle, wo er nicht radikal operieren konnte, mit sehr gutem Erfolg, soweit es das Wohlbefinden der Patientin betraf, die Excision mit supravaginaler Collumamputation gemacht. Diese Methode wäre vielleicht in Fällen, wo bei circumskripten Sitz des Carcinoms wegen Drüsenmetastasen und diffuser Infiltration des Becken-Bindegewebes eine radikale Operation unausführbar ist, zu versuchen, zumal sie keine besonderen Gefahren hat und auch die Patienten sehr bald das Bett verlassen können. Treten Erscheinung des Darmverschlusses ein und hat man sich überzeugt, dass sie von der Kompression des Rektums durch Carcinom herrühren, so kann man, wenn die Kranke noch etwas widerstandsfähiger ist, einen Anus praeter naturalis anlegen. Gegen Ureteren-Kompressionen ist man ja leider machtlos resp. würden derartige Eingriffe, die hier Rettung schaffen könnten, von den Kranken kaum ausgehalten werden und ausserdem in ihrer Wirkung noch sehr zweifelhaft sein.

1) Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, pag. 367.

Die Prognose des nicht operierten Scheidencarcinoms ergiebt sich aus dem, was über Verlauf und Dauer desselben gesagt ist. Eine spontane Heilung ist so gut wie ausgeschlossen. Klob hat allerdings beobachtet, wie ein Scheidencarcinom sich demarkierte und spontan abgestossen wurde Der Fall verdient aber wohl mehr als Merkwürdigkeit erwähnt zu werden, als dass man daraus Schlüsse über eine mögliche Restitutio ad integrum durch die Naturkräfte ziehen darf. Wichtig ist vor allem die Prognose der operierten Fälle in Bezug auf Recidive. Die umfassendste Statistik hierüber hat wohl Schwarz aus der Olshausen'schen Klinik zusammengestellt. Nach ihm war von 16 Patientinen nur eine nach 2 Jahren 4 Monaten noch recidivfrei. Zwei lebten noch mit Recidiven und 13 waren an Recidiv gestorben. Eine Patientin hatte dabei fast noch 3 Jahre gelebt, 7 ungefähr 1—1 1/2 Jahre, die anderen waren schon früher gestorben. Rüter[1]) sah nach 2 1/4 Jahr eine Patientin mit exstirpiertem Scheidenkrebs noch recidivfrei. Martin erlebte lauter Recidive von den neuen Fällen, denen zum Teil eine längere Beobachtungszeit fehlt, blieb Fall III von Olshausen recidivfrei, ebenso Fall II von Lauenstein, dessen Fall I nach der 2. Operation ebenfalls bis jetzt recidivfrei blieb. Troggler's beide Fälle waren nach ca. 3/4 Jahren noch recidivfrei. Ebenso berichtet Rohrbach nichts von einem Recidiv. Auch Fall II und IV aus Halle blieb bis jetzt gesund. Alle übrigen Fälle zeigten Recidive teils regionäre, teils regionäre mit Drüsen verbunden wie Fall I von Linke. Und auch bei den recidivfreien Fällen kann man bis jetzt noch nicht sicher sein, da wie schon erwähnt Lauenstein ein Recidiv nach fast 4 Jahren erst beobachtete. Allerdings ist es fraglich, ob es hier sich nicht um eine Neuerkrankung handelte. Die Malignität des Vaginalkrebses ist also eine hochgradige uud nur mit der des Zangenkrebses zu vergleichen. Zu erklären ist sie aus dem Lymphgefässreichtum der Scheide

1) Centralblatt für Gyn. 1887.

und ihren hierdurch hergestellten vielfachen Beziehungen zum Beckenbindegewebe, wodurch reichliche Infektionspforten für die Krebszellen geöffnet sind. Die Operationen sind bei den ungünstigen beengten Terrain schwierig so auszuführen, dass eine Weiterverbreitung und Einimpfung des Carcinoms vermieden wird. Eine Hauptschuld schliesslich liegt noch in dem heimtückischen, unbemerkten Auftreten des Krebses, der oft nicht eher Erscheinungen macht bis es schon zur Operation zu spät ist. Die naheliegende Frage, ob es denn überhaupt indiciert ist, einen Tumor der solche Neigung zu Recidiven hat zu operieren, muss im bejahenden Sinne beantwortet werden. Denn einerseits scheinen einige der Fälle (Fall I von Schwarze wie Fall I. von Lauenstein) recidivfrei bleiben zu wollen, andererseits ist für die Patientin dadurch, dass sie auf längere Zeit von ihren Leiden befreit waren, neuen Mut und Kräfte sammeln konnten, ihr Tod und der dadurch bedingte Schaden für ihre Angehörigen um eine geraume Zeit aufgehalten wurde, ein so wesentlicher Vorteil geschaffen, dass man sicher mit gutem Gewissen zur Operation raten kann, die ja heut zu Tage an und für sich keine Gefahren mehr in sich schliesst, die nicht durch jene Vorteile aufgehoben würden.

Krankengeschichten.

I. Wilhemine M . . . 60 J. aus H. wurde am 15. 9. 94 in die Klinik aufgenommen. Sie hat 3 normale Geburten mit glatten Wochenbetten durchgemacht, ihr Mann ist tot. Ihre Menstruation trat mit 20 Jahren auf, 4 wöchentlich regelmässig 4 bis 5 tägig o. B., krank ist sie nie gewesen. Seit 10 Jahren Menopause.

Vor 4 Wochen begann eine geringe Blutung, die beim Tragen von Lasten stärker wurde. Der Stuhlgang war angehalten und erfolgte nur nach Einnahme von Pillen. Wasserlassen o. B.

Status: Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau in verhältnissmäsig recht gutem Ernährungszustande. Lunge und Herz o. B. Mässige Arteriosklerose.

Vulva leicht klaffend Scheide verhältnismässig weit. Im linken Scheidengewölbe dicht hinter der Portio fühlt man eine ca. Markstückgrosse Geschwürsfläche, die mit leicht bröcklichem, polypösen, flachen Geschwulstmassen bedeckt ist, die sich mit dem Fingernagel unter Blutung nicht abkratzen lassen. Die Neubildung greift hinten oben auf die linke Muttermundslippe über, der Uterus liegt retroflektiert. Adnexe o. B.

Operation: Am 16. 9. 94. Chloroform-Aether-Narkose 60 Min. Operateur: Professor v. Herff. Da die hintere Muttermundslippe bei genauerer Untersuchung doch schon deutlich afficiert ist, wird beschlossen die Totalexstirpation auszuführen. Sie wird in typischer Weise ausgeführt nur mit dem Unterschiede, dass der Douglas erst ziemlich spät eröffnet werden kann. Auf der rechten Seite wird das Ovarium mit entfernt, links zurückgelassen. Schluss der Peritonealwunde durch isolierte Vernähung des Peritoneums. Endlich wird ein Teil des hinteren Scheidengewölbes möglichst weit von dem Ulkus entfernt, umschnitten und reseciert. Der Defekt wird in sagitaler Richtung vernäht. Zum Teil wird die Scheide noch quer geschlossen. Tamponade mit Jodoform-Gaze.

Narkose wird gut vertragen, kein Erbrechen.

17. 9. Urin wird spontan gelassen. Blähungen, keine Schmerzen.

19. 9. Nach Ricinusöl Stuhlgang. Vollkommenes Wohlbefinden.

21. 9. Entfernung der Jodoformgaze. Ausspülung.

25. 9. Einige Fäden werden entfernt. Anhaltendes Wohlbefinden.

28. 9. Entfernung einiger Fäden, die Hauptmasse bleibt noch zurück.

29. 9. Die Patientin wird entlassen.

Im Januar 1896 stellt sich Patientin wieder vor mit einem Recidiv an der hinteren Scheidenwand. Ihr Allgemeinbefinden ist sehr gut, Beschwerden durch das Recidiv hat sie gar nicht.

II. Emilie D. 38 Jahr. Sie hat 4 normale Geburten mit glatten Wochenbetten durchgemacht. Patientin klagt seit 5 Jahren über Schmerzen im Leibe, die sich besonders bei schwerer Arbeit einstellen, dazu kam dann jedesmal ein eigentümlich gluckendes Geräusch im Leibe.

Vor 7 Wochen stellte sich starker weisser Fluss ein, der 2 Wochen anhielt. Seit 5 Wochen litt sie an Blutungen, die manchmal $^1/_2$ Tag aussetzten, aber sonst stetig und mässig stark anhielten. Stärkere Schmerzen sind dabei nicht aufgetreten. Mit dem Blut gingen häufig Stücke ab.

Status. Ziemlich gut genährte kräftige Frau. Herz und Lunge gesund. Brüste und Abdomen o. B.

Vulva und Vagina ziemlich weit, Portio in der Führungslinie, hart mit kleinen Einrissen.

Links hinter der Portio etwa 1 cm hinter derselben ein ungefähr 5 Markstück grosser Schleimhautdefekt mit höckeriger Oberfläche. Uterus anteflektiert, anscheinend nicht vergrössert, lässt sich kaum herabziehen in Folge para- und perimetritischer Schwielen. Parametrien und Douglas o. B. Rechtes Ovarium über dem Vaginalgewölbe etwas vergrössert, Tube verdickt. Linkes Ovarium repräsentiert sich als ein etwa eigrosser, fluktutirender beweglicher Tumor, etwas vor dem Uterus gelegen. Schleimhaut des Rektum frei verschieblich, der Tumor ragt ein Stück weit in das linke Ligamentum latum. Urin eiweissfrei.

Diagnose: Carcinoma vaginae.

Operation am 4. 4. 90. Äthernarkose 2 Stunden lang. Operateur: Professor v. Herff, in Abwesenheit von Professor Fehling.

Totalexstirpation des Uterus mit gleichzeitiger partieller Resektion der Scheide.

Schnitt nach Schuchard, links schrittweise von aussen nach innen vorgehend mit Schonung des Musculus levator ani unter sorgfältiger Blutstillung. Das Operationsfeld liegt so frei zu Tage. Halbkreisförmige Umschneidung des Tumors distal, dann nach rechts und links herauf, Abtrennung des Tumors vorm Rektum und Peritoneum des Douglas. Umschneidung des vorderen Vaginalgewölbes, Ablösen der Blase bis zur Plica, Abtrennung des Lig. Cardin. in der Hoffnung den Uterus beweglicher zu machen. Eröffnung des Douglas, Unterbindung rechts der Arteria uterina und des Lig. douglasii; links lag die Geschwulst so im Wege, dass es ohne Vermeidung derselben unmöglich erschien, weiter zu gehen. Die ganze hintere Uterusfläche ist mit perimetrischen Verwachsungen bedeckt, die stumpf losgelöst werden so weit es möglich ist. Da man trotzdem nicht in die freie Bauchhöhle kam, wurde die Fossa vesico-uterina eröffnet und der Uterus wie bei Vaginalfixation vorn herausgestülpt. Versorgung der Arteria spermatica und Lig. lat. rechts, wodurch die linke Uteruskante zugänglich wird. In gleicher Weise wie rechts wird das Lig. abgetragen. Mit grosser Schwierigkeit verknüpft war es um den Tumor herum zu kommen. Stumpfe Ablösung der in Adhaesionen feste eingekeilten Adnexe rechts. Mit grosser Mühe gelangt man links an den Tumor, dessen Herauswälzen nicht gelingt, weil ein sehr fester Strang (Plic. ovar. pelv.) das proximale Ende des Tumors fixiert. Die Cyste platzt und entleert blutigen Inhalt. Unterbindung des Stranges schien wegen Hochstand unmöglich zu sein. Auf stumpfe Zerreissungsversuche folgt eine starke Blutung, die nur schwer durch Umstechen gestillt werden konnte. Die Tube wird allein herausgewälzt und vom Ovarium nur so viel als technisch möglich

Seide heraus genäht. Ungefähr $^1/_4$ wird zurückgelassen. Das Peritoneum wird mit Catgut geschlossen, aus den Resten der hinteren Scheidewand, die etwas reseciert wird, wird in der Weise eine vagina gebildet, dass man sie in zweckentsprechender Weise mit dem Rest der vorderen Vaginalwand vernäht, so dass die Stümpfe in ihr liegen und der Vaginalschnitt bis zur Vulva mit Seide und Catgut vernäht ist. Die Vagina wird sehr eng und ist ganz nach rechts gelegen. Da es aus einem Hohlraume des Lig. lat. mässig stark nachblutet, ohne dass isolierte Umstechung gelingt, so wird mit steriler Gaze tamponiert, lateral von der neuen Vaginalwand wird ein Gummi-Drain gelegt. Die äussere Wunde wird mit Seide und Catgut genäht.

6. 4. Entfernung der Scheiden-Tamponade. Durchspülung des Drains mit Lysol.

9. 4. Die Dammwunde klafft ziemlich stark. Beim Durchspülen kommt aus dem Drain ziemlich viel Flüssigkeit. Das Drain wird entfernt und Jodoformgaze wird eingelegt. Weil Patientin den Urin nicht spontan entleeren kann, musste sie in den letzten Tagen kathedrisiert werden, heute liess sie spontan Urin.

17. 4. Der grösste Teil der Stumpffäden wird entfernt. Die äussere Wunde granuliert gut.

26. 4. Patientin wird geheilt entlassen. Ein Recidiv besteht nicht, die äussere Wunde ist fast verheilt. Eine kleine Granulationsfläche ist noch vorhanden.

Makroskopischer Befund: Kleiner tuboovarieller Tumor mit zahlreichen pelveoperitonitischen Verwachsungen. Links Cyste mit hämorrhagische Inhalt und ausgedehntem Pelveoperitonitis mit gallertigen Einschlüssen, letztere besonders im Douglas. Beide Ligg. Dougl. unnachgiebig und entzündlich starr infiltriert.

Mikroskopischer Befund: Alkoholhärtung. Färbung mit Hämatoxilin. Wenig kernreiches Bindegewebe, nur an wenig Stellen etwas mehr Anhäufung von Zellen. Sonst Zapfen und Stränge in den mannigfachsten Verbindungen.

Ein Zusammenhang der Neubildung mit Lymphgefässen in der Art, wie bei Endotheliom ist nicht vorhanden. An einzelnen Stellen ist das Bindegewebe besonders schwach tingiert, stellenweise fast gar nicht. In diesen Partieen liegen nur sehr spärliche, ebenfalls schwach gefärbte, meist runde Zellen. Die Gefässe zeigen stark vermehrte Wandlagen, welche ziemlich homogeen aussehen. Es lässt sich nicht zwischen Muscularis adventitia und intima unterscheiden. Sie zeigen nicht als Inhalt Blutbestandteile, sondern eine bräunliche, teils weissliche bröckliche Masse. An sehr wenigen Stellen geht ein Gefäss mitten durch einen Zeltzapfen hindurch. Die Intima zeigt nach dem Lumen zu keine scharfe Abgrenzung. Dann folgt die Muscularis mit deutlichen Muskelkernen. Sie erscheint ebenfalls stärker. Dann kommen, sich nicht scharf absetzend, anfänglich in concentrischer Schichtung, die innersten Epithellagen des Neubildungszapfens (Arterie in der Neubildung).

Wo die Muscularis nicht zu erkennen ist, folgen die concentrisch geschichteten Epithellagen gleich um die mehrfach geschichtete schlecht tingierte Intima.

Es handelt sich also um ein Cancroid der Scheidenschleimhaut.

III. Klara P. aus Dessau, 47 Jahre alt, wurde am 13. 4. 96. in die Klinik aufgenommen. Erbliche Belastung ist nicht zu ermitteln, sie will auch früher nie krank gewesen sein. Menses traten mit 17 Jahren auf, waren regelmässig, vierwöchentlich, 4 bis 5 tägig o. B. Die letzte Regel war Mitte März. Sie hat 7 normale Geburten durchgemacht, die letzte war am 7. 2. 87.

Mitte Februar hatte Patientin 3 Tage nach der Regel eine starke Blutung, die 6 Tage anhielt. Seit dieser Zeit hat Patientin beständig fleischwasserfarbenen Ausfluss. Sie empfindet starkes Drängen nach unten, Brennen beim Urinlassen und klagt über Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Sie leidet an starker Stuhlverstopfung und schon seit mehreren Monaten an Appetitlosigkeit.

Status: Blasse, magere Frau, Herz und Lunge gesund, Brüste und Abdomen o. B.

Vulva klafft, die hintere Wand ist stark vorgefallen mit einem kleinen Ulkus auf der Spitze des Vorfalles. An der vorderen Wand ist der Urethralwulst sichtbar. Rectocele. An Stelle der Portio grosses, vielbuchtiges, höckriges Ulkus, welches mehr als die Hälfte der vorderen Wand ergriffen hat, auch seitlich etwas übergeht, die hintere Wand dagegen ist intakt, ebenso die hintere Lippe.

Bei Untersuchung in Narkose ergiebt sich, dass die Portio noch mit intakter Schleimhaut überzogen war, das flache Geschwür nahm die ganze vordere Vaginalwand ein bis zur Gegend der Urethralmündung. In der Höhe der Portio vertieft sich das Geschwür flach trichterförmig. Uterus anteflektiert, stark verdickt, frei beweglich. Parametrien und Douglas frei von Infiltrationen.

Diagnose: Primäres Carcinom der Vagina, sekundäres Carcinom der Portio (Lab. ant.).

Operation am 16. 4. 96. Narkose Äther, wegen zu starker Excitation Chloroform. 2 Spritzen Kampher.

Operateur: Professor v. Herff in Abwesenheit von Professor Fehling.

Resektion der vorderen Scheidenwand. Totalexstirpation des Uterus.

Keine Kauterisation, um die Blase nicht zu verletzen. Aus demselben Grunde wird, da wahrscheinlich schon die Blasenwand erkrankt ist, von der primären Loslösung der Vagina abgesehen.

Das hintere Vaginalgewölbe bis in die seitlichen Partieen wird umschnitten. Die beiderseitigen Ligg. cardinal. werden losgetrennt und nach Eröffnung des Douglas die Ligg. Sacro-uterina. Der Uterus wird herausgewälzt, die Art spermatic., Ligg. lat. und Aa. uterin. unterbunden. Oberhalb der fossa vesico-uterina an der Korpuswand wird das Peritoneum quer durchschnitten, darauf stumpf abge-

löst und dann die Peritoneallücke vernäht. Nach Abschluss der Bauchhöhle wird die Blase stumpf von dem Carcinom abgeschoben. Hierbei ergiebt sich leider, dass die Mündung des rechten Ureters vom Carcinom durchwuchert ist. Resektion dieser Blasenstelle und circuläres Einnähen des aufgeschlitzten Ureters in die Blase. Beide Ureteren werden sondiert und sind durchgängig. Blasennaht in typischer Weise. Vaginalnaht von der Uretra an so weit angängig, wie bei Kolporhraphia anterior. Leider gelingt es wegen Mangel an Material nicht, den Defekt mit Schleimhaut zu decken. Stillung der Nachblutung durch Umstechen. Jodoformgaze-Tampon, Verweil-Katheder.

22. 4. Entfernung des Tampons und Wechseln des Verweilkatheders.

24. 4. Nachdem der Katheder weggelassen ist, lässt sie Urin spontan. Der Urin ist sehr trübe.

26. 4. Beim Husten und Pressen läuft Urin aus der Scheide ab.

29. 4. Urin sehr trübe und alkalisch. Patientin erhält Wildunger Salz und steht auf.

2. 5. Der grösste Teil der Fäden wird entfernt. Die Vagina ist eng. Eine Fistel nach der Blase lässt sich nicht einstellen.

4. 5. Patientin wird mit Blasenscheidenfistel entlassen.

Mikroskopische Diagnose. Alkoholhärtung, Hämatoxilinfärbung. Man sieht beim Betrachten des Präparats zahlreiche längs- und quer getroffene Bündel von glatter Muskulatur mit teilweiser Infiltration in den Muskelspalten. Dazwischen Gefässe und Blutaustritte. In diese Muskulatur hineingewuchert sieht man zahlreiche sich verbindende Zellstränge und -Zapfen, die ausgefüllt sind mit Zellen, die am Rande mehr länglich und pallisadenförmig gleichgerichtet sind. In der Mitte tragen sie einen mehr platten und endothelartigen Charakter. Eine Verbindung mit den Lymphgefässen lässt sich nicht nachweisen. Nur an ein-

zelnen Stellen sieht man Lymphgefässe mit Inhalt von der Neubildung umgeben, jedoch umgeben die Zellen der Neubildung das Gefäss nicht konzentrisch wie beim Endotheliom. Typische Krebszwiebeln und Mitosen sind nicht vorhanden. Das Gefüge der Neubildung sieht dem Hautkankroid am ähnlichsten.

Am 9. 7. wurde versucht, die Blasenscheidenfistel zu schliessen. Es fand sich hierbei, dass das nicht völlig exstipierte Carcinom stark weiter gewuchert war.

Im Januar 1897 ging Patientin in Folge des immer stärkeren Umsichgreifens des Tumors zu Grunde.

IV. Louise Th., Wittwe, 61 Jahr.

Erbliche Belastung ist nicht vorhanden.

Vor 20 Jahren hat Patientin einmal Lungenentzündung gehabt. Menses traten vom 14. Jahre an auf, 4 wöchentlich regelmässig, 4 — 5 tägig o. B.

Menopause trat mit 50 Jahren ein. Damals wurde sie wegen Senkung mit einem Ring behandelt. Sie hat 8 normale Entbindungen durchgemacht nebst 2 Aborten. Die Wochenbetten verliefen alle gut.

Ende September vorigen Jahres bekam die Kranke schleimigen Ausfluss, der bald auch blutige Beimengungen bekam. Der Ring wurde damals entfernt und ihr gesagt, sie habe ein Geschwür. Sie machte Ausspülungen. Der Stuhlgang war stets regelmässig, beim Wasserlassen hatte sie keine Beschwerden. Überhaupt hat sie nur über zeitweises Ziehen im Unterleib zu klagen, das sich auch auf die Oberschenkel ausdehnt. Die rechte Seite ist hiervon mehr betroffen als die linke.

Status: Kräftige, gut genährte Frau, Puls etwas klein, regelmässig. Herz und Lunge gesund. Brüste o. B., starker Panniculus. Vulva und Vagina weit. Im oberen Drittel der hinteren Vaginalwand ein zerklüftetes, ziemlich regelmässig über die Vaginalschleimhaut cirka 0,5 cm sich erhebendes Geschwür von Thalergrösse mit infiltrierter Umgebung, welches nach rechts oben von der Portio nur

durch eine äusserst schmale Brücke gesunder Schleimhaut getrennt ist. Uterus klein, senil atrophisch, etwas dextroponiert, gut beweglich, lässt sich weit herabziehen. Portio sehr klein und kurz. Parametrien und Douglas nicht nachweisbar infiltriert. Tuben und Ovarien o. B. Urin eiweissfrei. Das pararektale Fettpolster ist schon etwas mit der darüber liegenden Scheideninfiltration verwachsen

Diagnose: Carcinoma vaginae post. Operation am 8. 5. 96. Operateur: Professor v. Herff. Narkose: Äther.

Estirpatio uteri totalis, resctio part. vaginae. Nach starker Scheidendammincision wird das Carcinom und die Portio freigelegt. Ersteres wird breit umschnitten und nach oben abpräpariert. Dann wird die Portio umschnitten und die Blase abpräpariert. Nunmehr wird der Douglas eröffnet und die Parameterieen abgebunden, links ist dies mit Schwierigkeiten verknüpft wegen der Infiltration. Eröffnung der Plica vesico uterina. Abtragung des linken Lig. lat., dann des rechten. Ovarien und Tuben werden zurückgelassen. Das Peritoneum wird vernäht, die Stümpfe werden extraperitonel versorgt. Die Scheidendammwunde wird durch Seidennähte geschlossen.

8. 5. Kathedrismus. Spontane Entleerung des Urins ist unmöglich.

10. 5. Der Urin wird spontan entleert, ist aber trübe. Blähungen.

12. 5. Auf Ricinusöl reichliche Stuhlentleerung.

14. 5. Die äussere Wunde ist etwas geschwollen und geröthet, die Haut ist zum Teil ekzematös. Das Sekret ist stark blutig, es werden Vaginalspülungen und Zinkpuder verordnet.

17. 5. Die Dammnähte werden entfernt, die Fäden haben zum Teil stark eingeschnitten. Die Wunde ist gut verheilt.

20. 5. Einige Scheidennähte werden herausgenommen, die Sekretion ist noch ziemlich stark.

22. 5. Patientin steht auf.

26. 5. Patientin wird entlassen, sämtliche Scheidennähte werden vorher entfernt.

Makroskopischer Befund: Thalergrosses Carcinomatöses Geschwür der hinteren Scheidenwand, welches von der Portio noch eine ca. 2 mm breite Brücke gesunden Gewebes getrennt ist. Infiltration des parametralen Gewebes.

Mikroskopischer Befund: Das untersuchte Gewebstückchen wurde der Oberfläche der zerfallenden Neubildung entnommen, auf der es lose aufsass, in Alkohol gehärtet, mit Hämalaun gefärbt.

Beim Betrachten des Präparats fallen zunächst eine Menge nekrotischer Parthieen in das Auge, in denen sich hier und da noch einige Zellkerne gefärbt haben, die in grossen Zellen liegen. Die Zellen haben eine polymorphe Gestaltung und das typische Aussehen von Plattelepithelzellen. Zahlreiche meist nekrotische Krebszwirben sind zu sehen. Bindegewebe ist nur spärlich vorhanden aber sehr zellreich. Stellenweise enthält es Spindelzellen. An einzelnen Stellen der Präparate, ausschliesslich an den Randpartieen und in Stückchen, die mit der Hauptmasse des Schnitts nicht deutlich im Zusammenhang stehen, sieht man Cylinderzellen, die teilweise zu drüsigen Gebilden vereinigt sind Mitosen sind nicht zu sehen. Diese Zellen scheinen durch eine Verunreinigung des Präparats auf die Oberfläche desselben gelangt zu sein. Die Neubildung zeigt also das Gefüge eines Plattenepithelkrebses.

V. Amalie B., 72 Jahr alt. Sie will stets gesund gewesen sein, nur als Mädchen hat sie einmal an Nervenfieber gelitten. Ihre Menstruation trat zuerst mit 16 Jahren auf, regelmässig, vierwöchentlich, 8 Tage lang ohne Schmerzen. Die Menopause trat mit 45 Jahren auf. Sie hat 3 mal geboren ohne Kunsthilfe. Die Wochenbetten verliefen glatt.

Hereditäre Belastung nicht vorhanden. Vor etwa 12 Wochen trat eine Blutung aus den Genitalien auf, die mit geringen Unterbrechungen bis heute angehalten hat.

Der Ausfluss sah auch bisweilen mehr fleischwasserähnlich aus. Der behandelnde Arzt verordnete ihr Tropfen und Bettruhe. Sonst hatte sie keine Beschwerden.

Status: Mittelgrosse Frau von ziemlich stark herabgesetztem Ernährungszustand und blasser Hautfarbe, sichtbare Schleimhäute blass. Lunge gesund, an der Mitralis ein leichtes blasendes Geräusch.

Abdomen etwas meteoristisch aufgetrieben. Mässige Diastase der Recti. Haut äusserst schlaff und welk. Rechtsseitige Inguinaldrüsen in ein längliches, fast 3 Finger breites Packet verwandelt, aus dem über haselnussgrosse Drüsen zu isolieren sind, über der Unterlage beweglich und nicht schmerzhaft. Linke Inguinaldrüsen in einem soliden, reichlich 2 Finger breiten cylindrischen Strang verwandelt, der mit der Unterlage fester verwachsen ist. Unterhalb desselben mit ihm fest verbunden zwei über bohnengrosse einzelne Drüsen. Ungefähr in der Höhe der Clitoris erscheint die äussere Haut der linken grossen Labie, sowie die Gegend links von der Raphe bis zum anus in ca. 3 bis 4 cm Breite von oben nach unten durch einen Tumor vorgewölbt, über welchem die äussere Haut völlig verschiebbar ist. Der Tumor geht nach aussen diffus in die Gegend der linken Glutealfalte und nach innen auf die linke kleine Labie, hintere Commissur und die ganze hintere und linke Scheidenwand über. Der grösste Umfang des Tumors entspricht auffallend dem Sitz der linken bartholinischen Drüse. Introitus weit, leicht klaffend. Die Innenwand der linken kleinen Labie ist ziemlich starr bis in die hintere seitliche Scheide herauf vorgewölbt, stärker gerötet und injiciert. Entsprechend dem Ausführungsgang der linken bartholinischen Drüse findet sich eine ca. 50 Pf.-Stück grosse ulcerierte Stelle, welche in Form einer schmalen Furche an der Grenze zwischen hinterer und linker seitlicher Scheidenwand sich bis fast in das Scheidengewölbe herauf erstreckt. Auch die rechte Scheidenwand, besonders in ihrem mittleren und

unteren Teil ist ulceriert und zum Teil stärker zerklüftet. Vordere und hintere Scheidenwand dagegen, sowie der grösste Teil der linken seitlichen Scheidenwand, ist von glatter Schleimhaut bedeckt. Das ganze Scheidenrohr ist — im geringeren Grade vorn und rechts — in Verbindung mit dem geschilderten Tumor fest und starr infiltriert und das Lumen hierdurch erheblich verengt. Ziemlich undeutlich fühlt man im obersten Teil des stark atrophischen Scheidengewölbes die Andeutung einer vorderen Lippe. Uterus nur undeutlich durchzutasten, erscheint retrovertiert sehr klein. Harnröhrenmündung und Clitoris noch frei. Die Infiltration breitet sich am stärksten nach hinten und links aus und hat das ganze pararektale Gewebe in eine starrwandige Masse verwandelt, aus welcher bei der Rectaluntersuchung durch die Innenwand des nach der Mitte gedrängten Rectums linksseitlich ein isolierter, haselnussgrosser, breitbasig aufsitzender Knoten herauszufühlen ist.

Diagnose: Carcinoma vaginae inf. dext. et sin. prim., Carcinoma vulvae sec.

Der Tumor ist inoperabel.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. von Herff für die Überweisung der Arbeit und die Unterstützung bei derselben, sowie Herrn Prof. Dr. Fehling, für das freundlichst übernommene Referat, meinen aufrichtigsten Dank abzustatten.

Literatur.

1. Küstner, Arch. für Gyn. Bd. IX.
2. Hirsch, der prim. Scheidenkrebs. Ing. Dissertat. Halle 83.
3. Zizold, Münch. med. Wochenschrift 1883 No. 6 u. 7.
4. Güder, Über Geschwülste der Vagina als Schwangerschafts- u. Geburtskomplikation.
5. Hecht, der prim. Scheidenkrebs. Ing. Dissertat München 91.
6. Schwarz, Über die Erfolge der Radikaloperatlon der Vulva u. Vaginalcarcinome. Ing. Dissertat. Berlin 93.
7. Bruckner, der prim. Scheidenkrebs u. seine Behandlung. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1881. Bd. VI.
8. Centralblatt Gynäkologie 1895. Olshausen Seite 1. Dührrsen Seite 234, Thorn Seite 242.
9. Lauenstein, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XLI. 1895. Seite 411.
10. Lincke, 2 Fälle von primärem Carcinom der Vagina Ing. Dissertat. Jena 1895.
11. Rohrbach, über das primäre Carcinom der Vagina nebst Fall aus der Greifswalder Klinik. Ing. Dissertat. Greifswald 1894.
12. Bernard, Epithélioma primitif du vagin. Paris, Thèse 1895.
13. Lange, über einen Fall von primärem multiplen Vaginalcarcinom, Ing. Dissertat. Kiel 1896.
14. Friedl, Wiener klinische Wochenschrift 1896 Seite 39.

Lebenslauf.

Am 4. Mai 1873 wurde ich, Hermann, Friedrich, Wilhelm Rohde, evangelischer Konfession, als Sohn des Pfarrers Rohde zu Breuna (Hessen-Nassau) geboren. Meine Schulausbildung erhielt ich, nachdem ich durch Privatunterricht vorgebildet war, auf den Gymnasien zu Kassel und Korbach (Waldeck), auf welch letzterem ich Ostern 1893 die Reifeprüfung bestand.

Hierauf bezog ich die Universität Würzburg, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Dann im Herbst 1893 kam ich nach Halle, wo ich Ostern 1895 das Tentamen physicum bestand. Im Sommer 1895 studierte ich in Marburg, um im Herbst wieder nach Halle zurückzukehren.

Als Lehrer verehre ich in aufrichtiger Dankbarkeit folgende Herren Professoren und Docenten.

Würzburg:

von Lenhosseck, Röntgen.

Marburg:

Ahlfeld, Barth, Mannkopf, Marchand, Meier, Müller, Nebelthau.

Halle:

Bernstein, v. Bramann, Disse, Döbner, Eberth, Eisler, Fehling, Fränkel, Grenacher, Grunert, Haasler, Harnack, v. Hippel, Hitzig, Klingmüller, v. Mering, Pott, Reineboth, Seeligmüller, Volhard, Weber, Welcker.

Thesen.

I.

Bei hohem Sitz des Scheidencarcinoms ist die Mitentfernung der Uterus indiciert.

II.

Alkoholgaben bei Pneumonie ohne strengste Indikation sind schädlich.

III.

Bei Placenta praevia ist frühzeitiges Sprengen der Blase und Herunterhollen eines Fusses indiciert.